

Bitte das Formular ausfüllen und an home@theatervib.de senden.

Antrag auf verminderte Beitragszahlung für laufende Kalenderjahr

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____

ab dem Monat: _____

die Zahlung eines verminderten Beitrags (siehe gültige Beitragsordnung)

Grund: Ich habe derzeit eine hohe finanzielle Belastung

Ich bin auf Sozialhilfe angewiesen

Schüler, Student oder in der Ausbildung

Meine Mitgliedsnummer lautet: _____

Bei Änderungen, die diesen Antrag betreffen, werde ich den Verein unverzüglich,
schriftlich informieren.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Berlin, _____

Datum, Unterschrift Mitglied

Bestätigt: -----

Datum, Unterschrift 1.Vorsitzender